Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Guadeloupe

Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

cerfa 12690*01

1 – Identification de la demande

☐ Allocation aux Adultes Handicapés – AAH
☐ Complément de ressources

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : __/__/____

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

2 – Identifiez l'adulte (allocataire CAF ou MSA) concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'époux(se) : _____

Prénom : _____

N° de sécurité sociale ou de MSA : _____ _____

N° d'allocataire CAF : _____

Cocher cette case si vous relevez de la MSA : ☐

3 – Vous vivez en couple

▶ **Veuillez préciser l'identité de votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) :**

☐ Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : _____

Nom d'époux(se) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____

Lieu de naissance : Département : __ Commune : _____

Pays : _____

Nationalité : ☐ Française ☐ EEE * ou Suisse ☐ Autre

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

Son N° de sécurité sociale ou de MSA : _____ _____

▶ **Est-il (elle) inscrit(e) à la CAF ou à la MSA du département de résidence ?** ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, merci de préciser son numéro d'allocataire CAF : _____

Ou cocher cette case s'il(elle) relève de la MSA ☐

1er exemplaire à retourner à la MDPH • 2e exemplaire à retourner à la MDPH • 3e exemplaire à conserver

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P 1122001 J

Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

4 – Situation professionnelle

Adulte concerné par la demande

▶ **Vous travaillez :**

depuis le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

(cochez la case correspondant à votre situation)

☐ en milieu ordinaire
☐ en entreprise adaptée (ex-Atelier Protégé)
☐ en milieu protégé ESAT* (ex - CAT)
** Etablissement ou Service d'Aide par le Travail*

Vous êtes :

☐ salarié(e)
☐ salarié(e) en Ci-Rma ou Cav **
☐ apprenti(e)
☐ stagiaire de la formation professionnelle
*** Contrat d'insertion-revenu minimum d'activité ou Contrat d'avenir*

Nom et adresse de votre employeur :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vous cotisez vous-même ou votre représentant
☐ à l'URSSAF ☐ à la MSA

▶ **Vous êtes sans activité**

depuis le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

(cochez la case correspondant à votre situation)

☐ chômeur(se) indemnisé(e)
Vous recevez l'ASS* ☐ OUI ☐ NON
** Allocation Solidarité Spécifique*

☐ chômeur(se) non indemnisé(e)
Vous êtes inscrit à l'ANPE ☐ OUI ☐ NON

☐ Retraité(e), pensionné(e) (pension de vieillesse, d'invalidité ou une rente accident du travail)
Vous recevez l'allocation supplémentaire du FSV* ou FSI** ☐ OUI ☐ NON
**Fonds Spécial Vieillesse ** Fonds Spécial Invalidité*
Si NON, avez-vous demandé l'un de ces avantages ? ☐ OUI ☐ NON

☐ Vous percevez le RMI

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

▶ **Il(elle) travaille :**

depuis le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

(cochez la case correspondant à sa situation)

☐ en milieu ordinaire
☐ en entreprise adaptée (ex-Atelier Protégé)
☐ en milieu protégé ESAT* (ex - CAT)
** Etablissement ou Service d'Aide par le Travail*

Il(elle) est :

☐ salarié(e)
☐ salarié(e) en Ci-Rma ou Cav **
☐ apprenti(e)
☐ stagiaire de la formation professionnelle
*** Contrat d'insertion-revenu minimum d'activité ou Contrat d'avenir*

Nom et adresse de son employeur :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il(elle) cotise lui(elle)-même ou son représentant
☐ à l'URSSAF ☐ à la MSA

▶ **Il(elle) est sans activité**

depuis le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

(cochez la case correspondant à sa situation)

☐ chômeur(se) indemnisé(e)
Il(elle) reçoit l'ASS* ☐ OUI ☐ NON
** Allocation Solidarité Spécifique*

☐ chômeur(se) non indemnisé(e)
Il(elle) est inscrit à l'ANPE ☐ OUI ☐ NON

☐ Retraité(e), pensionné(e) (pension de vieillesse, d'invalidité ou une rente accident du travail)
Il(elle) reçoit l'allocation supplémentaire du FSV* ou FSI** ☐ OUI ☐ NON
**Fonds Spécial Vieillesse ** Fonds Spécial Invalidité*
Si NON, a-t-il(elle) demandé l'un de ces avantages ? ☐ OUI ☐ NON

☐ Il(elle) perçoit le RMI

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P 1122001 J

Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

▶ Vous êtes dans une autre situation :
depuis le : |__|__|__|__|__|__|__|__|
(cochez la case correspondant à votre situation)

☐ Vous recevez des indemnités journalières de la Sécurité Sociale

☐ Vous êtes hébergé(e) en MAS*
** Maison d'Accueil Spécialisée*

☐ Vous êtes maintenu(e) en IME*
** Institut Médico-Educatif*
Vous payez le forfait journalier ☐ OUI ☐ NON

☐ Vous êtes hospitalisé(e)
Vous payez le forfait journalier ☐ OUI ☐ NON

☐ Vous êtes détenu(e) ☐ OUI ☐ NON

Pour ces 4 derniers cas, précisez le nom et l'adresse de l'établissement (MAS, IME, hôpital, prison …) :

_____

_____

☐ Autres cas, précisez :

_____

▶ Il(elle) est dans une autre situation :
depuis le : |__|__|__|__|__|__|__|__|
(cochez la case correspondant à votre situation)

☐ Autres cas (congé parental…) précisez :

_____

_____

_____

5 – Dans les 12 mois précédant votre demande

vous avez reçu :

☐ un revenu d'activité

du |__|__|__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ un revenu issu d'une activité en ESAT ou entreprise adaptée

du |__|__|__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du |__|__|__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|__|__|

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

_____

6 – Logement

Vous êtes :

☐ locataire, sous-locataire ou co-locataire
☐ hébergé(e) chez un particulier (famille, ami…)
☐ propriétaire ou accédant à la propriété
☐ hébergé(e) dans une structure médico-sociale
☐ Autres, précisez : _____

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P 1122001 J

DAHCR

Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

7 – Procédure simplifiée

☐ Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée
☐ Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

8 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature ☐ de la personne concernée *ou* ☐ de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations *(Article L 821-5 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal)*.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.
Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P 1122001 J

DAHCR

Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

9 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

▶ **Pour une première demande (si vous n'êtes pas déjà allocataire à la Caf ou à la MSA)**

☐ Certificat médical du médecin traitant, daté de moins de 3 mois
☐ Un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
☐ Une déclaration de ressources Caf ou MSA selon le régime dont vous dépendez

Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant de l'EEE * ou Suisse :

☐ La photocopie lisible d'un des documents suivants, (pour vous-même, votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e), chaque enfant ou autre personne vivant au foyer) : carte nationale d'identité *ou* livret de famille *ou* passeport *ou* extrait d'acte de naissance *ou* carte d'ancien combattant ou d'invalidité *ou* titre de séjour

Si vous êtes ressortissant d'un Etat hors EEE* ou Suisse :

☐ La photocopie lisible d'un des documents suivants :
– pour vous-même : de votre titre de séjour en cours de validité
– pour votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e), chaque enfant de 18 ans et plus, chaque autre personne vivant au foyer : du livret de famille *ou* du titre de séjour *ou* de l' extrait d'acte de naissance

Si vous êtes réfugié ou apatride :

☐ La photocopie lisible des documents suivants : le titre de séjour en cours de validité *ou* le récépissé de demande de titre de séjour de 3 mois renouvelables portant la mention « reconnu réfugié » ou « admis au séjour au titre de l'asile » *ou* la photocopie lisible du certificat de réfugié par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides

Si vous êtes placé sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice :

☐ La photocopie du jugement de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice

Si vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité : ☐ La photocopie de votre carte d'invalidité

Si vous bénéficiez d'un avantage invalidité, de vieillesse ou d'une rente accident du travail :

☐ La notification d'attribution ou de refus de chacun des avantages ainsi que le dernier avis de paiement, ou la notification de refus ou le récépissé de demande

Si vous êtes inscrit(e) aux Assedic : ☐ La photocopie de votre notification Assedic

▶ **Pour un renouvellement ou une première demande si vous êtes déjà allocataire à la Caf ou à la MSA**

☐ Certificat médical du médecin traitant, daté de moins de 3 mois

Si vous êtes placé sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice :

☐ La photocopie du jugement de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice

Si vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité : ☐ La photocopie de votre carte d'invalidité

Si vous bénéficiez d'un avantage invalidité, de vieillesse ou d'une rente accident du travail :

☐ La notification d'attribution ou de refus de chacun des avantages ainsi que le dernier avis de paiement, ou la notification de refus ou le récépissé de demande

Si vous êtes inscrit(e) aux Assedic : ☐ La photocopie de votre notification Assedic

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.